

Docteur René COCAULT-DUVERGER

Interne provisoire des Hôpitaux de Paris

Ancien Interne de l'Hôpital St-Joseph

Né le 29 Mai 1892 à Nantes

L'Evolution et le Pronostic
de la
Tuberculose du Premier Age
dans une
Consultation de Nourrissons

PARIS
ÉDITIONS MÉDICALES
7, Rue de Valois, 7

—
1922

A MON PERE

A MA MERE

MEIS ET AMICIS

A mon Président de Thèse

Monsieur Le Professeur MARFAN

A Monsieur le Docteur LEMAIRE

Médecin de l'hôpital Trousseau

qui nous a inspiré cette thèse

Aux Professeurs de l'Ecole de Médecine
Aux Médecins des Hôpitaux de NANTES.
mes premiers Maîtres

Aux Médecins de l'Hôpital Saint-Joseph

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Paris

Stage :

1911, 1912. — M. le Professeur SERGENT.

Externat :

1912, 1913. — M. le Professeur QUÉNU.

1913, 1914, 1919, 1920. — M. le Professeur HUTINEL.

1920, 1921. — M. le Professeur P. MARIE.

Internat provisoire :

1921, 1922. — M. le Docteur ROUBINOVITCH.

1922. — M. le Docteur LEMAIRE.

A mes autres Maîtres :

M. le Professeur NOBÉCOURT, MM. les Docteurs
MOCQUOT, A. SCHWARTZ, TIXIER, MILHIT, CATHALA,
MAILLET, CHATELIN.

INTRODUCTION

Le but de cette thèse n'est pas de reprendre l'étude du pronostic de la tuberculose dans la première enfance. Sur ce sujet de nombreux travaux ont été faits par des auteurs dont beaucoup font autorité en la matière. Tous sont d'accord pour reconnaître la gravité de ce pronostic, et chacun d'eux a insisté sur un ou plusieurs de ses éléments. Pourtant les opinions diffèrent sur le degré de gravité de la tuberculose dans la première enfance. Les statistiques de mortalité donnent des chiffres assez différents. Ceci tient avant tout aux conditions du milieu dans lequel elles ont été établies.

L'erreur de quelques-uns est de vouloir tirer de ces statistiques un pronostic applicable à tous les nourrissons chez qui le diagnostic de tuberculose a été posé. Or, leur pessimisme n'est pas toujours justifié. C'est ce que notre maître, M. le Docteur Lemaire, à qui nous devons l'idée et les éléments de ce travail avait remarqué. Chaque semaine, il voit à la consultation de l'Ecole de puériculture des enfants de quelques mois à deux ans chez qui la tuberculose, diagnostiquée depuis plusieurs mois, n'évolue pas vers la généralisation et semble guérir. Ce sont les observations de ces enfants qui servent de base à cette thèse. Elles ont été rédigées au cours des examens pratiqués successivement par les médecins qui, à des jours différents, assurent le service des consultations de l'Ecole de

puériculture de la Faculté de Médecine. A ces médecins nous adressons l'hommage de notre reconnaissance et notamment à M. le Docteur Weill-Hallé, Secrétaire général de l'Ecole de puériculture. Cet hommage s'adresse aussi aux infirmières visiteuses qui assurent le service social de l'Ecole de la rue Desnouettes. Grâce à elles nous avons pu revoir les enfants reconnus tuberculeux car leurs conseils décident bien des mères à conduire leur enfant aux consultations. Il peut ainsi être suivi et peut être sauvé.

LA FRÉQUENCE DE LA TUBERCULOSE CHEZ L'ENFANT DU PREMIER AGE

C'est sur le degré de cette fréquence que les avis des auteurs diffèrent. Et comme conséquence leurs opinions sur la gravité du pronostic divergent aussi.

Nous allons rapidement passer en revue les opinions anciennes et modernes.

Morbidité

La tuberculose du nourrisson a été presque méconnue jusqu'à la fin du siècle dernier. Pourtant Trousseau disait déjà dans une de ses cliniques de l'Hôtel-Dieu : « La tuberculisation n'est jamais plus fréquente que dans les premières années de la vie... Malheureusement le diagnostic de la tuberculose pulmonaire est bien autrement difficile à établir chez les sujets du jeune âge que chez les autres. »

Parrot, d'abord adversaire de la fréquence, l'admit plus tard lui aussi. Les travaux de Landouzy mirent en lumière cette fréquence. Autrefois, en effet, la tuberculose n'était diagnostiquée du vivant de l'enfant que d'après les renseignements fournis par la percussion et l'auscultation. C'est dire que le plus généralement n'étaient reconnus que les cas de tuberculose généralisée ou ayant tendance à se généraliser : cas graves et le plus souvent mortels.

Ceux où la tuberculose restait discrète, localisée, échappaient aux pédiâtres et le chiffre de la morbidité était au-dessous de la vérité.

L'utilisation des rayons X en clinique et surtout le tuberculino-diagnostic sont venus modifier l'opinion ancienne en montrant : d'une part, que la tuberculose chez le jeune enfant était plus fréquente qu'on ne le croyait généralement, et que, d'autre part, elle pouvait être reconnue à son début, à son stade de tuberculose localisée, le plus souvent ganglionnaire et peut-être curable.

La technique de la cuti-réaction, établie par von Pirquet en 1907, a permis en effet d'obtenir des renseignements plus exacts. Encore différent-ils selon les auteurs surtout lorsque ceux-ci emploient l'intradermo-réaction de Mantoux.

Nous ne ferons que rappeler les chiffres que donne Comby en se basant sur les rayons X. Cet auteur trouve la tuberculose dans :

18 % des cas jusqu'à 7 mois et dans 38 % des cas de 4 à 7 mois.

Cette statistique n'a pas la précision que donne le tuberculino diagnostic. Pour celui-ci nous relevons les chiffres suivants :

Mantoux et Lemaire	2,4 %
Von Pirquet	3 %
Hamburger	4,5 %
Paisseau et Tixier	14,3 %

Hutinel, sur 666 intradermo-réactions effectuées sur

des enfants de 3 mois à 2 ans, trouve 141 réactions positives.

Soit 21 %

et sur 146 enfants de moins de 3 mois, 12 réactions positives.

Soit 7,7 %

Combe, de Lausanne, trouve :

3 % de résultats positifs avec la méthode de Pirquet.

9 % — — — de Mantoux.

Au cours des années 1915-16-17 et 18, le Professeur Marfan a fait pratiquer la cuti-réaction sur les nourrissons de sa crèche et les résultats ont été publiés dans la thèse d'un de ses élèves, Mlle Mioche.

La cuti-réaction pratiquée au cours de la première année chez 1341 nourrissons, a donné :

142 résultats positifs.

1.199 résultats négatifs.

soit une moyenne de 10, 5 % de réactions positives.

Morbidité suivant l'âge

Ces résultats varient avec l'âge de l'enfant et augmentent proportionnellement à lui comme il est de règle. Les résultats positifs sont les suivants :

de 0 à 3 mois	3,6 %
de 3 à 6 —	7,1 %
de 6 à 12 —	16,7 %
de 1 à 2 ans	24,3 %

Les statistiques d'autres auteurs donnent les chiffres suivants :

Küss	de 0 à 3 mois	1,16 %	de 8 à 12 mois	13 %
Hamburger	de 0 à 3 mois	27 %	de 3 à 6 mois	17 %
	de 6 à 12 mois	22 %		
Comby	de 0 à 3 mois	2 %	de 3 à 6 mois	18 %
	de 6 à 12 mois	27 %		

De l'ensemble de ces chiffres, il ressort que la morbidité par tuberculose chez l'enfant avant 2 ans serait en moyenne de :

2,76 %	de 0 à 3 mois.
12,6 %	de 3 à 6 —
20,9 %	de 6 à 12 —
12,5 %	la première année.
24,3 %	la deuxième année.

Toutes ces statistiques sont établies après observation d'enfants de la clientèle hospitalière. C'est là le point important à retenir qui permet de donner aux chiffres leur valeur exacte.

Mortalité

La fréquence de la mortalité par tuberculose n'était connue autrefois que par les résultats des autopsies. Landouzy montra cette fréquence chez le jeune enfant. Il rencontra la tuberculose dans 1/3 des autopsies d'enfants au-dessous de 2 ans. De même Queyrat, sur 35 autopsies, trouve 11 fois la tuberculose chez des enfants de moins de 2 ans, dont 5 âgés de moins d'un an.

Comby, sur 327 autopsies d'enfants de 1 à 2 ans, trouve 141 tuberculeux, soit 43 %.

Sur 685 enfants de 0 à 1 ans, 112 tuberculeux, soit 16 %.

Sur 217 enfants de 3 à 6 mois, 39 tuberculeux, soit 18 %.

Sur 254 enfants de 6 à 12 mois, 69 tuberculeux, soit 27 %.

A l'étranger :

Schwer :

Sur 123 enfants de 5 à 9 semaines, trouve 1 tuberculeux, soit 0,8 %.

Sur 144 enfants de 3 à 5 mois, 15 tuberculeux, soit 10,4 %.

Sur 160 enfants de 6 à 12 mois, 28 tuberculeux, soit 17,5 %.

Sur 188 enfants de 2 ans, 49 tuberculeux, soit 26 %.

Froebelius en revanche, faisant porter son observation sur des enfants de la crèche de Saint-Pétersbourg, trouve parmi ceux de 1 à 4 mois, 416 tuberculeux sur 18.569, soit une mortalité de 0,4 % ; et de 0 à 1 ans, de 2,5 %.

Albrecht de Vienne trouve sur 191 enfants de moins d'un an, 18 % de tuberculeux.

Tous ces chiffres, si fastidieux qu'ils soient, ont du moins le mérite de montrer que les statistiques sur la fréquence de la tuberculose chez le nourrisson étaient surtout autrefois des statistiques de mortalité par tuberculose. Elles reposent sur les relations d'autopsies

qui pour la plupart montraient des lésions de tuberculose généralisée.

De nos jours, la mortalité par tuberculose pourrait s'établir d'après les statistiques officielles. Mais elles reposent seulement sur des déclarations de décès qui manquent d'exactitude. Il faut alors avoir recours à des statistiques moins nombreuses mais plus certaines.

Voici quelques opinions :

Marfan	de 0 à 3 mois	2 %
	de 3 à 6 mois	18 %
	de 6 à 12 mois	27 %
Hamburger	de 0 à 3 mois	4 %
	de 3 à 6 mois	18 %
	de 6 à 12 mois	23 %
Barbier	de 0 à 3 mois	7,4 %
	de 3 mois à 1 an	32 %
	de 1 an à 2 ans	58 %
Pour les 2 premières années		30 %

Combe réunissant des statistiques qui portent sur 25.000 enfants de 0 à 1 an, trouve un pourcentage de tuberculose de 8,7 %.

Ce qu'il faut noter dans ces statistiques, c'est l'augmentation rapide de la mortalité avec l'âge. C'est là une vérité admise par tous, car il est évident que les chances de contagion deviennent plus nombreuses au fur et à mesure que le nourrisson avance en âge.

PRONOSTIC DE LA TUBERCULOSE DU NOURRISSON

Nul ne saurait nier sa gravité et telle n'est pas notre intention non plus. Mais cette gravité admise, faut-il encore la discuter dans certains cas. Il y a là une question de milieu dont le médecin doit tenir compte. C'est ce que tend à prouver ce travail.

Mais voyons d'abord les différentes opinions sur la gravité du pronostic de la tuberculose chez les enfants du premier âge.

Avant le tuberculino-diagnostic, seuls étaient reconnus les cas de tuberculose déjà avancée : ainsi s'expliquaient les chiffres élevés de mortalité.

Après la réaction à la tuberculine on aurait pu espérer voir les pédiâtres porter un pronostic moins sombre. Mais cette méthode de diagnostic a été employée surtout dans les hôpitaux et ce sont presque toujours des statistiques d'hôpital qui ont été publiées. Or, chacun sait que les nourrissons hospitalisés pour tuberculose présentent des lésions déjà généralisées et que ceux hospitalisés pour une autre affection trouvent à l'hôpital des sources d'infection multiples qui diminuent leur résistance et favorisent l'évolution de leur tuberculose.

Aussi est-il naturel de voir des médecins d'enfants comme Marfan, Hutinel, enseigner que la tuberculose du nourrisson est d'un pronostic fatal. C'est une des

notions que nous avons acquises dans le service de notre maître, le Professeur Hutinel, où sa longue expérience clinique lui faisait affirmer que le diagnostic de la tuberculose chez l'enfant de moins d'un an « équivaut presque à un arrêt de mort ». En 1914, il écrit : « Sur 39 enfants au-dessous de 2 ans reçus salle Husson, qui avaient présenté une intradermo-réaction positive :

35 sont morts de leur tuberculose en moins de deux mois et demi ;

3 autres entre 2 mois 1/2 et 3 mois ;

1 dernier survivait encore après 4 mois, depuis on n'a pas su ce qu'il était devenu. »

Et ailleurs encore : « Aussi quand j'entends dire ou quand je lis que les tuberculoses graves de l'adulte de 17 à 20 ans, sont des tuberculoses héréditaires ou des tuberculoses contractées durant les premiers mois de l'existence par suite d'un allaitement bacillifère, tuberculoses ayant sommeillé durant plusieurs années, je ne puis m'incliner devant de pareilles assertions. Et cela pour la raison bien simple que cette théorie est formellement contredite par les faits. Qu'on incrimine une infection antérieure survenue à l'âge de 4 à 5 ans et ne tuant son porteur que bien des années plus tard : je le veux bien, mais la tuberculose du nourrisson quelle que puisse être son origine, est d'habitude fatalement progressive. »

C'est là l'opinion du médecin à l'hôpital, ailleurs, il en va autrement : « J'avoue cependant que notre sta-

tistique est plus noire qu'elle ne le serait si elle portait sur des enfants observés en ville. »

D'autres auteurs portent le même pronostic :

Mme Mantoux, à la grande crèche des Enfants malades dans le service du Professeur Marfan, trouve 75 % de mortalité pour la tuberculose diagnostiquée dans le premier semestre de la vie, 54 % pour celle du deuxième semestre, 40 % pour celle du troisième semestre, 28 % de 18 à 24 mois.

Hahn, de même, trouve 83 % et 73,5 %.

Frankenau 88 % et 61 % pour le premier et le deuxième semestre.

Combe, de Lausanne, enfin, a eu dans sa clinique 85 % de mortalité.

Ribadeau Dumas dans son article du traité de pathologie de Sergent admet aussi les chiffres de 80 à 85 %.

Dans le service du Professeur Marfan, voici les résultats observés et consignés dans la thèse de Mlle Mioche :

142 cuti-réactions ont été positives chez des enfants de moins d'un an ;

98 de ces enfants sont morts dans une période variant de quelques jours à 2 ans, soit une mortalité de 69 %, même chiffre que celui de Hahn pour les deux premières années.

Pour les enfants dont la cuti-réaction a été positive au cours de la deuxième année, la mortalité serait de 51,6 %.

Et l'issue fatale survient rapidement.

Des 98 enfants cités plus haut, 29 sont morts dans la semaine qui a suivi la cuti-réaction :

- 26 dans la quinzaine ;
- 9 trois semaines après ;
- 16 dans le mois suivant ;
- 10 dans le deuxième ou troisième mois ;
- 5 après 4 mois.

Dans une autre thèse faite dans le service du professeur Marfan, Mouquot indique une mortalité par tuberculose de 12 % dans la première année avec 55,83 % de mortalité propre.

A ces chiffres qui donnent une mortalité si élevée il faudrait encore ajouter ceux des enfants qui sont morts après leur sortie de l'hôpital. Car tous les médecins qui ont fréquenté les hôpitaux d'enfants savent combien de fois les parents reprennent leur enfant mourant lorsqu'ils ont perdu l'espoir de le sauver, ou lorsqu'ils espèrent au contraire suppléer par leurs soins à la thérapeutique défailante.

Pronostic très grave et très rapidement grave : telle est l'opinion courante. Elle est toujours justifiée à l'hôpital, justifiée souvent dans d'autres circonstances. N'est-elle pas erronée parfois ?

C'est ce que nous pensons et ce que nous nous efforcerons de prouver en nous appuyant sur les observations que nous avons recueillies.

CONDITIONS DANS LESQUELLES ONT ÉTÉ RECUEILLIES NOS OBSERVATIONS

Rédaction des observations

C'est, nous l'avons dit dans notre introduction, à l'Ecole de puériculture de la Faculté de Médecine de Paris que ces observations ont été prises sous la dictée des médecins qui assurent le service des consultations : MM. les docteurs Weill-Hallé, Lemaire, Rabuteau, Dorlencourt, Lavergne. Les renseignements radioscopiques ont été fournis par M. le docteur Détré.

Grâce à la bienveillance de M. le docteur Weill-Hallé, secrétaire général de l'Ecole, nous avons pu réunir celles concernant les enfants tuberculeux. Outre les renseignements médicaux, les fiches portent quelques renseignements complémentaires sur le milieu social, le logement, les conditions matérielles où vivent les enfants, sur l'état de santé des parents. Ces renseignements sont recueillis par les infirmières visiteuses du service social. Ils permettent de savoir si un des parents est tuberculeux, s'il accepte le conseil qu'on lui donne de se faire soigner dans un dispensaire ou un hôpital de tuberculeux. Ils sont très utiles pour savoir quels contagés a subis l'enfant et à quelle époque il les a subis. Ce sont aussi ces renseignements qui nous ont permis de savoir si un enfant vivait

encore lorsque pour un motif quelconque (mise en nourrice ou placement de l'enfant, changement d'adresse, indifférence de la mère, etc...) il ne revenait pas à la consultation et que nous ne pouvions pas constater avec M. le docteur Lemaire son état de santé au mois de Mai 1922.

Sur quels enfants portent les observations

Ces enfants sont âgés de moins de deux ans. Nous n'avons pas tenu compte des observations au-dessus de cet âge, puisque nous avions en vue l'étude du pronostic de la tuberculose chez le nourrisson.

Les enfants qui forment la clientèle de la consultation sont des enfants de 0 à 3 ans. Les mères les amènent ou bien lorsqu'ils sont malades, ou bien simplement pour être sûres de leur bon état de santé, ou enfin pour toucher la prime d'allaitement. Ce sont là les conditions ordinaires des consultations de ce genre.

Ce sont pour la plupart des enfants d'ouvriers ou d'employés. Mais nous tenons à faire remarquer que, si un assez grand nombre appartiennent à un milieu misérable, presque tous, sauf quelques rares exceptions, ont pour mères des femmes soucieuses de l'état de santé de leur enfant. L'assiduité avec laquelle elles amènent leur enfant à la consultation, l'attente parfois longue qu'elles s'imposent avant d'avoir à leur tour les conseils du médecin en sont la preuve.

Parmi celles qui sont tuberculeuses, beaucoup malheureusement ne comprennent pas combien l'intérêt

de l'enfant exige son éloignement du milieu familial, ou bien n'ont pas le courage d'accepter cette séparation.

Comment a été posé le diagnostic de tuberculose

Nous n'avons considéré comme enfants tuberculeux que ceux qui ont présenté une cuti-réaction positive à la tuberculine (tuberculine brute de l'Institut Pasteur).

Le tuberculino-diagnostic n'est plus discuté aujourd'hui et nous pensons ainsi que le diagnostic de nos observations ne sera pas discuté non plus. Dans bien des cas d'ailleurs, la cuti-réaction n'a été que la confirmation du diagnostic porté d'après les signes cliniques ou ceux de la radiologie.

La cuti-réaction n'a pas été faite systématiquement chez tous les enfants venant à la consultation des nourrissons, mais seulement dans les cas où la tuberculose était soupçonnée.

En ce qui concerne du moins les enfants examinés par M. le docteur Lemaire, ses indications ont été posées de façon aussi large que possible. Sans parler des cas où les signes fonctionnels ou physiques permettaient de penser à une adénopathie trachéo-bronchique de nature indéterminée, l'épreuve à la tuberculine a été faite dans les circonstances suivantes :

Ou bien il s'agissait de nourrissons présentant des troubles de la nutrition que n'expliquaient ni troubles digestifs, ni hérédosyphilis. Ou bien une adénopathie

axillaire prédominait sur d'autres adénopathies. On bien on constatait chez l'enfant de l'anémie ou l'existence après l'âge de 3 mois d'une splénomégalie.

Dans d'autres cas des troubles digestifs existaient qu'on ne pouvait pas rapporter à des fautes dans le régime alimentaire. Ou le rachitisme thoracique était prédominant.

L'irrégularité dans la courbe du poids, sans cause apparente, a été une des indications les plus fréquentes de la cuti-réaction. Celle-ci enfin a été pratiquée chez des enfants qui présentaient un état de santé satisfaisant, mais dont les antécédents révélaient une source possible de contagion familiale.

Telles sont les circonstances dans lesquelles a été faite la cuti-réaction.

Voyons maintenant les résultats obtenus.

RÉSULTATS

386 cuti-réactions ont été faites *du 20 juin 1920 au 20 avril 1922* sur des enfants de moins de trois ans.

Les résultats se répartissent ainsi :

Cuti-réactions positives	60
Cuti-réaction négatives	298
Cuti-réaction non constatées ..	28

Total 386

Nous n'avons pu avoir le chiffre exact des nourrissons venus à la consultation pendant ces deux années, ce chiffre est d'environ 3.000.

Sur les 60 cuti-réactions positives constatées, nous avons tenu compte seulement de celles pratiquées sur des enfants âgés de moins de 2 ans

Soit : 43.

Nous n'avons retenu que les observations des enfants qui ont pu être suivis au moins *2 mois après la cuti-réaction*

Soit : 32.

Nous avons éliminé un cas où le résultat de la cuti-réaction était douteux.

Enfin nous n'avons pas cru devoir faire figurer dans nos observations 4 cas où la cuti-réaction après avoir été trouvée positive a été refaite plus tard et trouvée négative. Y a-t-il eu une erreur de technique ? C'est peu probable, mais nous ne pouvons pas l'affirmer.

S'agit-il de ces cas rares et encore inexpliqués où le sujet véritablement guéri ne réagit plus à la tuberculine ? La chose est possible d'après Calmette, qui prétend alors que de tels sujets ne sont plus en état d'allergie et n'ont plus de bacilles vivants dans l'organisme. Combe a observé de ces réactions négatives à la tuberculine avec la méthode de Mantoux : C'est ce qu'il appelle le Mantoux immunité. La question a été posée : elle n'a pas été résolue. Son étude en tout cas, n'entre pas dans le cadre de ce travail.

Ces réserves étant faites, nous apportons :

27 OBSERVATIONS

Age auquel le diagnostic de tuberculose a été posé

Nous croyons utile de diviser en quelques groupes les enfants selon l'âge auquel la cuti-réaction a été positive, en faisant remarquer dès à présent que pour certains d'entre eux, l'épreuve aurait été probablement positive à une date antérieure. La notion de contagion ou l'apparition des premiers signes cliniques permettent de le supposer.

La cuti-réaction a été positive :

avant	3	mois	chez	2	enfants
—	6	—	—	2	—
—	9	—	—	4	—
—	12	—	—	6	—
—	18	—	—	7	—
—	2	ans	—	6	—

**Temps pendant lequel les enfants ont été suivis
après la cuti-réaction**

Pendant 10 jours :	1 (décès).
— 2 mois :	6
— 3 —	4
— 4 —	1
— 5 —	1
— 6 —	1
— 7 —	1
— 9 —	3
— 10 —	1
— 12 — 1/2	1
— 13 —	1
— 15 —	2
— 16 —	1
— 18 —	1
— 19 —	1
— 21 —	1

MORTALITÉ

Sur ces 27 enfants :

5 sont morts ;

20 étaient vivants entre le 10 et le 25 mai 1922 ;

2 ont été suivis seulement jusqu'au 26 juillet et jusqu'au 20 octobre 1921.

Date des décès après la cuti-réaction

Des 5 enfants qui sont morts de tuberculose :

1 est mort 10 jours après la cuti-réaction ;

1 est mort 2 mois après la cuti-réaction ;

2 sont morts 2 mois 1/2 après la cuti-réaction ;

1 est mort 9 mois 1/2 après la cuti-réaction.

Date du diagnostic

Chez les 3 premiers, le diagnostic fut fait à :

3 mois ;

3 mois ;

3 mois 1/2.

Chez les deux autres à :

10 mois ;

11 mois.

Age des enfants à leur décès

Les enfants étaient âgés de :

4 mois ;

5 mois ;

5 mois 1/2 ;

13 mois 1/2 ;
19 mois.

Mortalité suivant l'âge

Ainsi la mortalité serait de :
18,5 % de 0 à 2 ans.
21,4 % de 0 à 1 an.
75 % de 0 à 6 mois.

INTERPRÉTATION DE NOTRE STATISTIQUE

La valeur de nos chiffres

Nous regrettons de n'avoir pu recueillir que 27 observations : c'est là un chiffre évidemment trop faible pour qu'on puisse en tirer des conclusions d'ordre général d'une valeur absolue.

On pourrait dire que ces enfants chez qui la tuberculose a évolué en général de façon favorable forment seulement une série de cas heureux.

A ces objections nous répondrons tout d'abord que ces observations ont été recueillies au cours des consultations où se sont présentés environ trois mille enfants.

D'autre part, ces observations n'ont pas été recueillies avec une idée préconçue en vue de la soutenance d'une thèse.

Enfin, les signes cliniques et la cuti-réaction de chaque enfant ont été constatés par des observateurs différents.

La morbidité et la mortalité par tuberculose en général

Des chiffres que nous rapportons nous ne pouvons pas, pensons-nous, tirer des conclusions sur la morbi-

dité et la mortalité globale par tuberculose dans une consultation d'enfants du premier âge. La cuti-réaction a été pratiquée seulement chez des enfants suspects de tuberculose, elle doit donc donner un pourcentage de morbidité assez élevé. Il est de 15,5 % chez les enfants de 0 à 3 ans. Il aurait fallu pratiquer la cuti-réaction chez tous les enfants comme l'enseigne Marfan et la pratiquer plusieurs fois, en série, fait sur lequel insiste L. Bernard. Beaucoup de cas de tuberculose ont ainsi échappé et comme pour la morbidité, on ne peut pas d'après les résultats des 386 cuti-réactions pratiquées se faire une opinion exacte sur la mortalité.

La mortalité chez l'enfant tuberculeux âgé de moins de 2 ans

Les chiffres de mortalité que nous avons donnés s'appliquent à des enfants qui ont été observés pendant deux mois au moins après le diagnostic de leur tuberculose. C'est là évidemment une période de survie minima. Et parmi ceux qui ont été suivis pendant ce court espace de temps, il en est, peut-être, chez qui la maladie continuera son évolution fatale.

Mais cependant beaucoup d'enfants ont été suivis plus longtemps, comme nous l'avons indiqué déjà. Rappelons seulement que 14 l'ont été pendant plus de 6 mois, dont 8 pendant plus d'un an. Ce sont des résultats assez différents de ceux observés à l'hôpital, dans les services du professeur Marfan et du professeur

Hutinel, pour ne citer que ces services, comme nous l'avons vu plus haut.

Quant à ceux qui n'ont été observés que pendant 2 ou 3 mois, la lecture de leurs observations montre que souvent leur tuberculose, non seulement ne se généralise pas, mais semble régresser, que les signes physiques disparaissent, que leur poids augmente. On peut donc espérer qu'ils atteindront la troisième année et que le pronostic de leur tuberculose sera moins sombre. L'enfant aura toujours une cuti-réaction positive, mais comme le dit très bien Jeanneret « à partir de 2 ans, une cuti-réaction positive à elle seule ne donne absolument pas le droit de considérer un enfant comme un tuberculeux, encore moins de le traiter comme tel. L'enfant est simplement un tuberculisé, comme le sont la majorité des adultes ».

QUELQUES ÉLÉMENTS DU PRONOSTIC DE LA TUBERCULOSE CHEZ L'ENFANT DE MOINS DE 2 ANS

Nous n'avons pas l'intention, dans ce court travail, d'étudier tous les éléments du pronostic de la tuberculose chez le jeune enfant. Beaucoup nous font défaut. Nous allons voir cependant ceux que nous pouvons tirer de nos observations et qui expliquent les résultats de notre statistique.

Le milieu.

C'est là, croyons-nous, le point important. C'est lui qui explique le faible chiffre de mortalité si différent de ceux donnés par les différents auteurs qui observent dans un milieu d'hôpital. Pollak de Vienne, a pourtant observé dans des conditions assez différentes de celles de ces auteurs. Sa statistique, la seule que nous ayons vue porter sur des enfants d'une consultation de nourrissons est la suivante :

Nourrissons	Vivants 1 ^{re} année	Vivants 2 ^e année	Vivants 3 ^e année	Mortalité
92	22	19	3	67,2

Ce qui fait : 79,3 % pour les 1^{re} et 2^e années.

Nous ne savons pas exactement dans quelles conditions a été établie cette statistique et pourquoi l'écart est tel entre ses résultats et les nôtres.

Nous citerons aussi les résultats obtenus par L. Bernard à la crèche de l'hôpital Laënnec où les enfants sont séparés de leur mère, aussitôt porté chez celle-ci le diagnostic de tuberculose. Ces résultats ont été communiqués en 1920 à l'Académie de Médecine. Sur 40 enfants de moins d'un an tuberculisés, 30 ont été reconnus infectés après et malgré la séparation de leur mère. Sur ces 30 : 12 sont morts et morts de tuberculose confirmée par l'autopsie. 18 examinés de 2 mois à 2 ans après la séparation de leur mère étaient bien portants.

Quant aux chiffres donnés par les autres auteurs, nous pensons, comme nous l'avons déjà dit, qu'ils ne s'appliquent qu'au milieu hospitalier. Ils concernent des enfants qui sont admis à l'hôpital avec une tuberculose déjà généralisée, qui appartiennent souvent à un milieu où font totalement défaut les soins nécessaires pour élever un enfant et qui sont exposés à toutes les causes d'infection de l'hôpital.

Les nourrissons que nous avons observés appartiennent aussi à un milieu pauvre, mais dans la plupart des cas, ce sont des enfants bien soignés.

Les mères s'efforcent d'obvier par leurs soins aux mauvaises conditions maternelles dans lesquelles vivent les enfants.

Elles sont aidées dans cette lutte par les infirmières

visiteuses qui leur apportent conseils d'hygiène et de prophylaxie et aide matérielle.

Suivi à la consultation depuis sa naissance, l'enfant a une alimentation rationnelle ; les troubles digestifs sont évités ou soignés à temps. Chaque affection de quelque catégorie qu'elle soit, est reconnue et traitée. Ainsi, le terrain sur lequel a germé la tuberculose est-il un terrain moins favorable au développement du bacille de Koch.

La tuberculose est dépistée précocement alors qu'elle est à sa première étape, qu'elle est encore localisée. Un traitement est institué aussitôt et l'infection un instant arrêtée reprend plus rarement sa marche envahissante.

C'est parce que ce diagnostic est précoce que l'évolution de la tuberculose est moins grave chez ces enfants. Certains auteurs pensent que le pronostic de la tuberculose dans la clientèle de ville est presque aussi sombre que dans le milieu d'hôpital. Les faits semblent souvent leur donner raison parce que la tuberculose dans la clientèle aussi n'est reconnue que tardivement chez le nourrisson. La cuti-réaction n'est encore pratiquée que d'une manière exceptionnelle, même par les pédiâtres : c'est elle qui permettrait un diagnostic rapide. M. le docteur Lemaire nous a cité plusieurs faits où il a vu des nourrissons soignés par des médecins compétents pendant plusieurs mois pour une autre affection, alors qu'il s'agissait de tuberculose.

L'âge de l'enfant au moment de l'infection

C'est un important élément de pronostic et sur lequel insistent tous ceux qui ont étudié la question.

Nos résultats viennent confirmer l'opinion admise : que le pronostic est d'autant plus grave que la contagion est plus précoce.

Sur les 4 cas diagnostiqués dans le premier semestre, nous avons eu 3 morts.

Sur les 10 cas diagnostiqués dans le deuxième semestre, nous avons eu 2 morts.

Sur les 13 enfants dont le diagnostic a été fait après un an, nous n'avons pas eu de décès et voici le temps pendant lequel on a pu observer ces enfants après la cuti-réaction :

1 fut suivi 2 mois 1/2.

2 furent suivis 3 mois.

Les autres furent suivis :

3 moi 1/2

4 —

6 —

7 —

9 —

10 — 1/2

13 mois

15 — 1/2

18 —

19 —

21 —

Ainsi la mortalité dans le premier semestre a été de 75 %. C'est un chiffre voisin de celui des auteurs cités plus haut ; c'est notamment celui de Mme Martoux. Il confirme le peu de résistance de l'enfant aux infections dans les premiers mois de la vie. C'est une loi de pathologie générale bien connue. Récemment

encore une statistique recueillie dans le service du Professeur Marfan et publiée dans la thèse de Mouquot montre que la mortalité en général varie de 52 à 50 % dans les 5 premiers mois, et qu'elle tombe brusquement à 45, 5 % au 6^e mois. C'est en effet aux environs du 5^e mois que chez l'enfant apparaît la possibilité de former des anticorps actifs.

Dans le deuxième semestre, la mortalité est de 20 %, c'est un chiffre moins élevé que ceux déjà publiés : notre pronostic est déjà moins sombre.

Enfin dans la 2^e année, nous n'avons pas eu de cas de mort.

Il faut noter que les chiffres que nous donnons sur le temps pendant lequel les enfants furent observés partent de la date où la cuti-réaction fut faite. Or, la contagion était antérieure. De plus un certain temps s'est écoulé entre le dernier jour de la contamination et le premier jour de l'infection : ce délai constitue la période anté-allergique de Debré et Jacquet. Le nourrisson ne forme des anticorps qu'un certain temps après l'infection car son organisme est neuf. Il lui faut environ 3 mois d'après Von Pirquet pour que ses anticorps soient en quantité suffisante pour donner une cuti-réaction. En réalité, il y a de nombreuses variations individuelles et il faut tenir compte aussi de la quantité plus ou moins grande de bacilles ayant produit l'infection.

Dans certains cas les signes cliniques étaient antérieurs à la cuti-réaction.

Il faudrait ainsi ajouter quelques mois encore pour

avoir le temps exact pendant lequel les enfants furent observés après le début de leur tuberculose.

Dans un certain nombre de nos observations, on a d'ailleurs la notion nette de la contagion avant le diagnostic. Tel enfant a vécu depuis sa naissance plusieurs mois avec son père tuberculeux, tel autre a été allaité par sa mère tuberculeuse. Nous n'en voulons pour preuve que les observations IV, V, VII, X, XII, XIII, XV, XXIII.

Dans tous ces cas, il faudrait pour affirmer la contagion dès la naissance avoir pratiqué la recherche des bacilles de Koch chez les parents à ce moment. Cette recherche a été faite dans l'observation X où elle donna un résultat positif, dans l'observation XIX où elle donna un résultat négatif. Dans les autres cas, cette recherche n'a pas été faite aux environs de la naissance de l'enfant, mais on peut supposer dans bien des cas qu'un des parents avait à ce moment une tuberculose ouverte. Dans l'observation IV, par exemple, le père meurt de tuberculose six mois après la naissance de l'enfant, dans l'observation V la mère a eu des hémoptysies fréquentes, dans l'observation VII le père est entré au sanatorium avant la naissance de l'enfant, mais la mère est soignée dans un dispensaire, dans l'observation XXIII, la mère a eu des hémoptysies pendant sa grossesse ; ce sont là de fortes présomptions.

Les réinfections

Celles-ci semblent exister dans plusieurs de nos ob-

servations. Dans certains cas, la tuberculose a évolué de façon grave, dans d'autres elle semble être restée localisée à l'étape ganglionnaire.

La plupart de nos observations montrent que l'enfant est devenu tuberculeux parce qu'il a été exposé de nombreux mois à la contagion,

« On a dit, écrit L. Bernard, que peu de jours de contact suffisent à inoculer l'enfant. Sauf circonstances tout à fait exceptionnelles relevant sans doute de contamination en quelque sorte massive : c'est inexact. C'est par semaines ou par mois qu'il faut compter pour mesurer les délais nécessaires à la contamination du nourrisson. Mais d'après les faits que nous avons observés jusqu'ici, ce délai ne dépasse pas un maximum de 6 mois et nous n'avons pas observé jusqu'ici de nourrisson resté en contact avec leur mère tuberculeuse plus de 6 mois qui ait échappé à l'infection ». Or, dans plusieurs cas la cuti-réaction a été faite parce qu'un des parents était tuberculeux, alors que l'enfant ne présentait pas de signes de tuberculose.

La gravité du pronostic est-elle toujours en rapport avec la fréquence des réinfections ? Il est absolument logique de l'admettre et de dire avec L. Bernard « qu'il existe un parallélisme rigoureux, une proportion précise entre la durée du contact qui ne traduit ici que la richesse de la contamination, le volume du contagé en quelque sorte, et d'une part la durée de la période anté-allergique, d'autre part la gravité de la maladie ».

« Cette inexorabilité est réelle si on laisse l'infection

tuberculeuse, disons plutôt la contamination se poursuivre. »

Cependant nous voyons des enfants vivants plusieurs mois avec leur père ou mère tuberculeux : ils ne meurent pas. C'est que cette loi n'est peut-être pas absolue dans tous les cas. Certains enfants résistent peut-être mieux à l'infection. Certes, la tuberculose des parents n'était peut-être pas toujours une tuberculose ouverte ; la recherche des bacilles de Koch n'a pas toujours été pratiquée et lorsqu'elle fut pratiquée dans un dispensaire, ses résultats ont été rarement consignés dans les observations. Dans l'observation VI pourtant, le père a une tuberculose ouverte, dans l'observation XXIV, il a été hospitalisé dans un sanatorium où il est mort, dans l'observation V, la mère a des hémoptysies.

Dans tous ces cas, les parents ont été surveillés et quelques mesures de prophylaxie ont été prises, insuffisantes sans doute, mais qui ont peut-être évité la multiplicité des réinfections et la contamination massive de l'enfant.

Alimentation de l'enfant

Parmi les causes de réinfection, il faut placer en première ligne l'allaitement par la mère tuberculeuse.

Dans plusieurs de nos observations (V, VII, XII, XIII, XIV, XV, XXIV), l'allaitement maternel semble être la source de l'infection. Parfois il a pu être interrompu précocement. Souvent malheureusement, il a duré plu-

sieurs mois avant que le diagnostic de tuberculose de la mère ne fut posé et dans ce dernier cas pourtant, nous n'avons pas vu la tuberculose évoluer vers la généralisation. Est-ce à dire que l'allaitement par la mère tuberculeuse ne présente pas de dangers pour l'enfant ? Nous n'oserions pas soutenir une idée aussi absurde. L'allaitement ne peut être continué que si l'enfant est séparé de la mère aussitôt la tétée, si celle-ci revêt un masque pour éviter l'infection de l'enfant par les gouttelettes de Flügge, bref dans des conditions très spéciales comme celles de la crèche de l'Hôpital Laënnec, mais à peu près inapplicables en pratique.

Le sevrage, même tardif, a eu certainement une influence heureuse sur l'évolution de la tuberculose des nourrissons allaités par leur mère tuberculeuse.

Le poids

Le poids a été un des éléments du diagnostic dans plusieurs observations. C'est parce qu'il présentait des irrégularités dans sa courbe, parce qu'il restait stationnaire que la cuti-réaction a été faite.

C'est surtout un élément de pronostic de grosse valeur chez le nourrisson et nous avons reproduit dans nos observations les poids mentionnés tant que l'enfant a été suivi.

La plupart des enfants présentent un poids inférieur à la normale. Mais tandis que chez les uns, l'accroissement se fait à peu près régulièrement, chez les au-

tres il présente des irrégularités que n'expliquent ni une erreur d'alimentation, ni des troubles digestifs. Ces chutes de poids se rencontrent dans les observations V, X, XVII, XX, XXII. Dans l'observation X par exemple la perte de poids correspond à une poussée évolutive. Dans les observations I et II on voit le poids baisser brusquement un mois avant la mort de l'enfant.

Dans les autres observations, ce qui est à noter, c'est le faible poids de l'enfant qui est presque toujours un peu inférieur et parfois très inférieur au poids normal. (Observations IV, VII, VIII, XII, XV, XVI, XVII, XXI, XXIII, XXIV, XYVI.) Mais si ces enfants ont un poids insuffisant, ils présentent dans l'ensemble un accroissement pondéral assez régulier.

Cette régularité que nous voyons aller de pair avec une évolution bénigne de leur tuberculose doit être considérée comme un important élément de pronostic favorable.

Les formes de la tuberculose

Nos observations ne concernent guère que des enfants atteints de tuberculose ganglionnaire, ou ganglio-pulmonaire. Une seule observation concerne un enfant présentant une petite tuberculide, mais ayant en outre des signes pleuro-pulmonaires. Il n'y a pas de cas de tuberculose chirurgicale : ni tuberculose ostéo-articulaire, ni tuberculose ganglionnaire suppurée, cervicale ou axillaire. Le pronostic de ces formes

est moins grave, on le sait, et les cas que nous aurions pu rencontrer n'auraient fait sans doute que rendre notre statistique meilleure.

Le traitement

Le traitement est intervenu pour modifier le pronostic de la tuberculose chez nos nourrissons. Le traitement curatif a joué un rôle parce qu'il a été précoce, le traitement prophylactique a été trop tardif pour empêcher la contamination de l'enfant, mais dans certains cas, il a du moins empêché dans une large mesure les causes de réinfection.

Le traitement curatif a varié un peu suivant les médecins qui ont vu l'enfant.

Dans la majorité des cas, les nourrissons ont été traités suivant la méthode employée couramment par le Professeur Marfan dans son service. La méthode consiste à leur faire des injections d'huile éthérée camphrée au 1/10, à leur donner des préparations calciques avec le sirop d'éther comme excipient et à introduire dans leur alimentation de la viande d'une façon précoce, quelquefois même à 6 mois, soit sous forme de soupe au pain et à la viande, soit sous forme de jus de viande crue.

Le traitement prophylactique idéal aurait consisté à retirer l'enfant du foyer de contagion familial, il n'a pu être réalisé qu'une fois. (Observation XXVI.)

Du moins, on a cherché à éviter autant que possible les réinfections. Là son intervenues les infir-

mières visiteuses et nous voyons dans beaucoup de nos observations qu'elles ont réussi à faire comprendre au père ou à la mère tuberculeux le danger auquel était exposé l'enfant et l'amélioration que pourrait subir leur tuberculose si elle était soignée à un dispensaire.

De cette façon quelques mesures d'hygiène et de prophylaxie ont été prises : un crachoir a été utilisé par le père ou la mère tuberculeux, un lit spécial a été réservé au malade, l'enfant aussi a eu un lit pour lui seul.

Dans quelques cas, le malade est entré dans un sanatorium ou un hôpital de tuberculeux.

Nous sommes bien obligés de reconnaître que les mesures de prophylaxie familiale qui ont été prises sont insuffisantes pour éviter sûrement la contamination ou la réinfection de l'enfant. Nous croyons cependant qu'elles ont joué un rôle dans le pronostic de la tuberculose de la plupart de nos nourrissons en diminuant la quantité de bacilles inhalés par eux. Mais seule la prophylaxie sociale est vraiment efficace. Si l'éloignement de l'enfant du foyer familial n'a pu être réalisé, c'est que tous les efforts se sont heurtés aux obstacles habituels si difficiles à vaincre. Le plus gros, c'est le refus des parents. On en vient assez facilement à bout lorsqu'il ne s'agit que de placer l'enfant chez un membre de la famille habitant la campagne et d'éviter les visites fréquentes. Il en va autrement lorsqu'il s'agit du placement réalisé par une œuvre. Alors les raisons de sentiment sont plus

fortes que la raison. L'éducation du public n'est pas encore suffisamment faite. Un autre obstacle est la lenteur du placement de l'enfant due parfois au manque de place dans les centres de placement en pouponnière ou de placement familial. Le consentement a été péniblement arraché par le médecin ou l'infirmière visiteuse au père ou à la mère. Un retard survient : les parents ont eu le temps de changer d'avis, ils ne consentent plus au sacrifice et condamnent peut-être leur enfant.

Il est à souhaiter que les œuvres de préservation du nourrisson se multiplient. Elles complèteraient heureusement l'action des œuvres de préservation d'enfants plus grands telle que la réalise l'œuvre Grancher. Des œuvres privées ayant pour but le placement collectif en pouponnière, ou établissant des foyers de placement familial, existent déjà. Elles sont peu nombreuses. Dans la Seine l'Office public d'hygiène sociale collabore à leur fonctionnement. Il faut souhaiter que sur tout le territoire des œuvres analogues soient créées et que l'Etat leur vienne en aide et coordonne leurs efforts. Ainsi les consultations de nourrissons auront un rôle plus efficace encore dans la lutte contre la tuberculose et les résultats qu'elles pourront publier seront encore plus satisfaisants que ceux de nos observations.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

L... Robert, né le 7 avril 1921.

A. H. — Parents bien portants. Grand'mère tousse et crache. 1 frère.

1^{er} examen, le 18 juin 1921. — Hypothrepsie, 1^{er} degré, bronchopneumonie gauche avec submatité à la partie moyenne, râles fins et ronchus.

2 juillet 1921. — Bon état général, léger stridor expiratoire.

Radioscopie. — Triangle d'ombres à contours flous accolé au hile droit avec immobilité du diaphragme, processus ganglionnaire, pas d'hypertrophie du thymus

4 juillet 1921. — *Cuti-réaction négative.*

9 juillet 1921. — Toux bitonale.

11 juillet 1921. — *Cuti-réaction positive.*

20 août 1921. — Evolution cachectique avec bronchopneumonie bacillaire.

27 août 1921. — Râles fins à la base droite avec dissémination jusqu'à la partie moyenne.

7 septembre. — *Décédé de tuberculose pulmonaire.*

Poids. — Naissance : 3.000.

18 juin	: 3.890	21 août	: 3.780
---------	---------	---------	---------

2 juillet	: 4.010	27 août	: 3.490
-----------	---------	---------	---------

11 juillet	: 4.190		
------------	---------	--	--

Reenseignements complémentaires. — 1 chambre, 1 cuisine, 4 personnes, 2 lits, 1 lit d'enfant. Mère peu soucieuse de la santé de l'enfant, ne suivant pas les conseils médicaux.

Résumé. — Contagion possible par la grand'mère. Cuti-réaction positive à 3 mois. Durée d'observation après la cuti-réaction : 2 mois.

OBSERVATION II

A... Roger, né le 4 août 1921.

A. H. — Père intoxiqué par les gaz. Tuberculose pulmonaire soignée au dispensaire Vasco de Gama. Décédé de tuberculose pulmonaire à Boucicaut le 5 décembre 1921. Mère bien portante.

Allaitement au sein.

1^{er} examen, le 10 octobre 1921. — Bon état général.

4 novembre 1921. — *Cuti-réaction positive.*

14 novembre 1921. — Augmentation de volume de la rate et du foie. Adénopathie trachéo-bronchique.

18 novembre 1921. — Un ganglion gros et mou dans la région cervicale.

24 novembre 1921. — Radioscopie : légère accentuation des ombres hilaires descendantes droites. Les deux champs pulmonaires plutôt gris.

16 décembre 1921. — La rate a augmenté de volume.

18 janvier 1922. — *L'enfant est décédé de congestion pulmonaire et athrepsie.*

Poids. — naissance : 2.700.

10 octobre 1922 : 3.850 25 novembre 1922 : 4.410

14 novembre 1922 : 4.215 9 décembre 1922 : 4.230

18 novembre 1922 : 4.400 16 décembre 1922 : 4.150

Renseignements complémentaires. — Logement petit et misérable, 1 pièce, 3 personnes, le père crache sans prendre de précautions.

Résumé. — Contagion par le père. Cuti-réaction positive à 3 mois. Durée d'observation après la cuti-réaction : 2 mois 1/2.

OBSERVATION III

M... Andrée, née le 22 janvier 1921.

A. H. — Père tousseur habituel. Mère bien portante. Allaitement mixte

1^{er} examen, le 13 mai 1921. — Bronchite.

15 mai 1921. — *Cuti-réaction positive.*

18 mai 1921. — Tension de la fontanelle, submatité étendue du sommet droit en avant et de l'espace interscapulo vertébral gauche, respiration bronchique, résonnance de la toux dans tout le poumon gauche sans signes adventices.

25 mai. — *Décédée de méningite.*

Poids. — 18 mai 1921 : 3.740.

Renseignements complémentaires. — Chambre propre et ensoleillée, le père toussé et crache.

Résumé. — Contagion par le père. Cuti-réaction positive à 3 mois 1/2. Durée d'observation après la cuti-réaction : 10 jours.

OBSERVATION IV

L... Gaston, né le 2 janvier 1921.

A. H. — Père atteint de tuberculose pulmonaire, meurt en juillet 1921 de tuberculose. Mère bien portante.

Allaitement maternel pendant 3 mois.

1^{er} examen, le 9 mai 1921. — Bon état de nutrition, grosse rate, stridor expiratoire. Submatité interscapulo-vertébrale droite. Submatité sous scapulaire et rétromanubriale gauche.

11 mai 1921. — *Cuti-réaction positive.*

26 juillet 1921. — Toux, bitonale, adénopathie traché-bronchique.

Poids. — 9 mai : 5.880.

Résumé. — Contagion par le père pendant 6 mois. Cuti-réaction positive à 4 mois. Durée d'observation après la cuti-réaction : 2 mois 1/2.

Renseignements complémentaires. — Famille partie sans laisser d'adresse.

OBSERVATION V

P... Raymonde, née le 24 juillet 1921.

A. H. — Père bien portant. Mère ayant des hémoptysies fréquentes, soignée au dispensaire Tiphaine. Un frère mort de méningite tuberculeuse. U_n de broncho-pneumonie. Un frère, une sœur vivants.

Allaitement au sein : 8 mois.

1^{er} examen, le 20 février 1922. — Tousse et maigrit depuis l'âge de 5 mois, état général médiocre, toux bitonale submatité à droite dans l'espace interscapulo vertébral, respiration bronchique sous la clavicule gauche, rate perceptible, micropolyadénopathie cervicale.

22 février 1922. — *Cuti-réaction positive.*

Radioscopie : foyer d'ombres diffuses à contours flous de forme triangulaire adossé au hile droit et atteignant presque la paroi externe et correspondant probablement à un foyer actif. Champ pulmonaire gauche transparent, ainsi que la base et le sommet droit.

27 février 1922. — L'enfant tousse toujours.

17 mars 1922. — Submatité au sommet gauche en avant.

12 avril 1922. — Rate perceptible et dure, submatité à la base gauche, respiration bronchique.

26 avril 1922. — Toux à caractère bitonal, submatité sous-scapulaire gauche et interscapulo vertébrale droite.

24 mai 1922. — Poids stationnaire, l'enfant ne tousse plus. La mère a encore des hémoptysies.

Poids. — Naissance : 2.000.

20 février 1922 : 4.270 26 avril 1922 : 4.440

18 mars 1922 : 4.640 1^{er} mai 1922 : 4.380

12 avril 1922 : 4.320 24 mai 1922 : 4.380

Résumé. — Contagion par l'allaitement au sein. Cuti-réaction positive à 7 mois. Durée d'observation après la cuti-réaction : 3 mois.

OBSERVATION VI

L... Roger, né le 16 juin 1920.

A. H. — Père soigné au dispensaire Tiphaine, bacilllose ouverte en décembre 1921.

Allaitement au sein durant 1 mois.

1^{er} examen, le 26 juillet 1920. — Hypothrepsie du 2^e degré.

16 août 1920. — Séjour à la campagne.

6 octobre 1920. — Splénomégalie.

24 janvier 1921. — Tousse un peu.

4 juillet 1921. — Tousse, rien à l'auscultation.

31 janvier 1922. — Cuti-réaction positive.

20 mars 1922. — Bon état général, pas de signes pulmonaires.

20 mai 1922. — Enfant bien portant.

Poids. — Naissance : 3.330.

26 juillet 1920 : 3.020 23 mai 1921 : 8.630

11 septembre 1920 : 4.770 4 juillet 1921 : 9.150

6 octobre 1920 : 5.910 29 avril 1922 : 9.320

13 décembre 1920 : 7.250 26 décembre 1922 : 9.710

24 janvier 1921 : 7.830 20 mars 1922 : 10.400

21 mars 1921 : 8.300

Renseignements complémentaires. — Une pièce, 1 cuisine, 2 personnes, 1 lit, 1 lit d'enfant, logement ensoleillé, intérieur propre.

Résumé. — Contagion par le père. Cuti-réaction positive à

7 mois 1/2. Durée d'observation après la cuti-réaction 15 mois et demi.

OBSERVATION VII

N... Jean, né le 1^{er} octobre 1920.

A. H. — Père tuberculeux, réformé pour blessure et intoxication_n par les gaz, entré au sanatorium de Bicêtre quelques jours avant la naissance de son enfant.

Mère tuberculeuse soignée au dispensaire Tiphaine.

A. C. — 1 frère mort de broncho-pneumonie.

1 sœur bien portante.

Allaitement au sein pendant 4 mois.

1^{er} examen_n, le 13 mai 1921. — Etat de nutrition médiocre, pâleur, ganglions cervicaux.

15 mai 1921. — *Cuti-réaction positive.*

10 juin 1921. — L'enfant va bien.

25 mai 1922. — Enfant vivant bien portant.

Poids. — Naissance : 3.750.

13 mai 1921 : 5.390 ; 10 juin 1921 : 5.850.

Renseignements complémentaires. — 1 pièce.

Résumé. — Contagion par la mère depuis la naissance par l'allaitement au sein. Cuti-réaction positive à 7 mois 1/2. Durée d'observation après la cuti-réaction : 12 mois 1/2.

OBSERVATION VIII

C... Jeanne, née le 15 août 1920.

A. H. — Parents bien portants. Allaitement au sein.

1^{er} examen, le 31 décembre 1920. — Bon état général, bronchite légère.

25 mai 1921. — Chapelet costal. Cornage aux deux temps. Ronchus submatité paramanubriale gauche.

27 mai 1921. — *Cuti-réaction positive.*

Radioscopie : ombres hilaires gauches, discrètes à droite, à la partie moyenne foyer d'ombres grises taille d'une grosse noix à limites diffuses. Une petite ligne sombre peut être scissurale, le tout en continuité avec les ombres du hile. Il s'agit probablement d'un processus aigu ou subaigu.

18 juin 1921. — Submatité interscapulo vertébrale droite, persistance discrète intermittente du cornage.

13 juillet 1921. — Toux, cornage rare, submatité interscapulo vertébrale droite, légère splénomégalie.

14 septembre 1921. — Meilleur état général.

19 octobre 1921. — Guérison complète du cornage, disparition des signes de percussion.

20 octobre 1921. — Radioscopie : à droite, à la partie moyenne ombre diffuse attenant au hile diaphragme mobile.

Poids. — Naissance : 3.320.

31 décembre 1920 : 7.300 13 juillet 1921 : 8.220

25 mai 1921 : 7.840 14 septembre 1921 : 8.850

11 juin 1921 : 7.800 19 octobre 1921 : 9.005

Résumé. — Cuti-réaction positive à 9 mois. Durée d'observation après la cuti-réaction : 5 mois.

OBSERVATION IX

D... Roger, né le 11 mai 1920.

A. H. — Parents bien portants. 2 sœurs atteintes d'adénopathie trachéo-bronchique. Allaitement au sein.

1^{er} examen, le 28 mai 1920. — Splénomégalie.

16 juin 1920. — Hernie ombilicale, hydrocèle enkystée, congénitale, frictions mercurielles.

28 juillet 1920. — Coryza.

8 septembre 1920. — Disparition de l'hydrocèle, régression de la splénomégalie.

9 mars 1921. — Etat de nutrition médiocre, zone de submatité parasternale et paravertébrale gauche.

10 mars 1921. — Radioscopie : ombres hilaires floues, formant à droite particulièrement une zone triangulaire grise entre l'extrémité interne de la clavicule et la moitié de l'hémi-diaphragme droit. Petits renforcements nodulaires, mobilité normale du diaphragme.

11 mars 1921. — *Cuti-réaction positive.*

23 mars 1921. — Toux à caractère coqueluchoïde, mêmes signes de percussion.

6 avril 1921. — Amélioration de l'état général.

4 mai 1921. — Disparition des signes physiques.

8 juin 1921. — Ronchus à la base gauche, submatité sous-claviculaire gauche.

9 novembre 1921. — Toux, fièvre, diarrhée, submatité interscapulo vertébrale gauche, submatité sous la clavicule gauche, augmentation de volume de la rate.

28 mai 1920 : 3.400 ; 30 juin 1920 : 4.385 ; 17 novembre
Poids. — Naissance 3.500.

28 mai 1920 : 3.400 12 janvier 1921 : 6.310

30 juin 1920 : 4.385 9 mars 1921 : 6.170

17 novembre 1921 : 6.320

Renseignements complémentaires. — L'enfant est décédé le 16 décembre 1921 de méningite, 3 pièces ensoleillées, intérieur propre.

Résumé. — Cuti-réaction positive à 10 mois. Durée d'observation après la cuti-réaction : 9 mois.

OBSERVATION X

G... Paul, né le 18 octobre 1920.

A. H. — Père réformé pour tuberculose, soigné au dispensaire Tiphaine, tuberculose caséuse du poumon droit, bacilles dans les crachats en novembre 1920. Mère bien portante, 1 sœur. Allaitement mixte.

1^{er} examen, le 12 novembre 1920. — Bon état général.

28 janvier 1921. — Varicelle.

20 avril 1921. — *Cuti-réaction négative.*

24 août 1921. — Toux, râles de bronchite disséminés, submatité interscapulo vertébrale et sous épineuse droite, toux coqueluchoïde bitonale.

27 août 1921. — *Cuti-réaction positive.*

1^{er} septembre 1921. — Radioscopie : gros foyers d'ombres hilaires droites conglomérées, ombres hilaires gauches discrètes.

30 septembre 1921. — Respiration soufflante au sommet droit.

8 novembre 1921. — Submatité à la base droite avec respiration bronchique.

26 novembre 1921. — L'enfant est resté 4 jours à l'hôpital des Enfants malades.

23 décembre 1921. — Meilleur état général.

6 janvier 1922. — Etat général satisfaisant, matité à la base droite.

2 mars 1922. — Matité et frottements à la base droite.

21 avril 1922. — Bon état général.

24 mai 1922. — Enfant vivant bien portant.

Poids. — Naissance : 3.750.

12 novembre 1920 : 3.990	10 septembre 1921 : 8.710
--------------------------	---------------------------

8 janvier 1921 : 5.730	30 septembre 1921 : 8.770
------------------------	---------------------------

11 mars 1921 : 6.340	4 novembre 1921 : 8.020
----------------------	-------------------------

8 avril 1921 : 6.650	15 novembre 1921 : 8.000
----------------------	--------------------------

8 juillet 1921 : 8.750	2 décembre 1921 : 8.600
------------------------	-------------------------

24 août 1921 : 8.830	23 décembre 1921 : 9.400
----------------------	--------------------------

31 août 1921 : 8.770	6 janvier 1922 : 9.470
----------------------	------------------------

Renseignements complémentaires. — Intérieur propre, 4 personnes, 2 lits, le père couche seul.

Résumé. — Contagion par le père. Cuti-réaction positive à 10 mois. Durée d'observation après la cuti-réaction : 9 mois.

OBSERVATION XI

M... Hélène, née le 20 avril 1921.

A. H. — Parenst bien portants.

A. P. — Née à 7 mois.

Allaitement au biberon.

1^{er} examen, le 21 février 1922. — Etat de nutrition assez satisfaisant, thorax déformé, bourrelet sus-malléolaire, petit foyer de broncho-pneumonie subaiguë.

4 mars 1922. — Tousse, bronchite diffuse.

6 mars 1922. — *Cuti-réaction positive.*

1^{er} avril 1922. — Retentissement de la toux à droite.

6 avril 1922. — Radioscopie : base droite obscure de façon homogène avec limite supérieure nette, mobilité du diaphragme conservée, probablement congestion pleuro-pulmonaire.

24 mai 1922. — Enfant bien portant.

Poids :

21 février 1922 : 6.700	6 mai 1922 : 7.360
-------------------------	--------------------

4 mars 1922 : 6.600	
---------------------	--

1 ^{er} avril 1922 : 7.040	
------------------------------------	--

Résumé. — Cuti-réaction positive à 10 mois 1/2, Durée d'observation parès la cuti-réaction : 2 mois 1/2.

OBSERVATION XII

G... Renée, née le 30 mars 1920.

A. H. — Père réformé pour tuberculose. Mère atteinte d'adénite cervicale bacillaire droite.

Allaitement au sein : 15 mois. Séjour à la crèche de Laënnec en juin 1921.

1^{er} examen, le 6 mai 1920. — Cœur, poumons, rate normaux.

20 mai 1920. — Hypothrepsie du 1^{er} degré.

9 septembre 1920. — Bon état général.

7 décembre 1920. — Rhinopharyngite.

17 février 1921. — Cuti-réaction positive.

5 avril 1921. — Bon état général.

9 août 1921. — Pas de signes pulmonaires, toux.

11 août 1921. — Cuti-réaction positive.

23 août 1921. — Micropolyadénopathie.

25 octobre 1921. — L'enfant va bien.

24 mai 1922. — L'enfant ne présente rien à l'auscultation ni à la percussion. Bon état de nutrition.

Poids. — Naissance : 2.400.

6 mai 1920 : 3.170	5 avril 1921 : 8.400
--------------------	----------------------

1 ^{er} juillet 1920 : 4.190	10 mai 1921 : 8.380
--------------------------------------	---------------------

9 septembre 1920 : 6.700	5 juillet 1921 : 8.770
--------------------------	------------------------

7 décembre 1920 : 7.470	9 août 1921 : 9.030
-------------------------	---------------------

17 février 1921 : 8.100	25 octobre 1921 : 9.430
-------------------------	-------------------------

1 ^{er} mars 1921 : 8.000	24 mai 1921 : 10.820
-----------------------------------	----------------------

Renseignements complémentaires. — Intérieur pauvre et sale, maison humide, l'enfant couchait avec ses parents.

Résumé. — Contagion par les parents depuis la naissance. Cuti-réaction positive à 10 mois 1/2. Durée d'observation après la cuti-réaction : 15 mois.

OBSERVATION XIII

D... Pierrette, née le 11 février 1920.

A. H. — Mère tuberculeuse soignée au dispensaire Tiphaine. Tuberculose du sommet droit.

A. G. — 3 frères et sœurs morts probablement de tuberculose. 1 sœur du même père atteinte de coxalgie droite, envoyée à Berck.

Allaitement au sein : 9 mois.

1^{er} examen, le 9 avril 1920. — Enfant mal réglé.

19 novembre 1920. — Allaitement au sein interrompu pour diagnostic de tuberculose chez la mère.

9 janvier 1921. — *Cuti-réaction positive.*

6 juin 1921. — Va bien.

Octobre 1921. — Enfant bien portant.

15 mai 1922. — Enfant vivant.

Poids :

9 avril 1920 : 4.930	7 janvier 1921 : 9.640
----------------------	------------------------

16 juillet 1920 : 8.080	6 juin 1921 : 11.200
-------------------------	----------------------

15 novembre 1921 : 9.970	
--------------------------	--

Reenseignements complémentaires. — 2 pièces (chambre, cuisine), 2 lits, 1 lit enfant. Intérieur malpropre.

Résumé. — Contagion depuis la naissance par l'allaitement pendant 9 mois. Cuti-réactino positive à 11 mois. Durée d'observation après la cuti-réaction : 16 mois.

OBSERVATION XIV

L... Lucien, né le 13 février 1920.

A. H. — Père toussEUR habituel, paludéen. Mère toussE, soignée au dispensaire Tiphaine.

A. P. — Coryza dès la naissance.

Allaitement au sein.

1^{er} examen, le 8 avril 1920. — Diarrhée des nourrissons, craniotabes, coryza.

30 juin 1920. — Bon état général.

7 octobre 1920. — L'enfant va bien.

10 décembre 1920. — Broncho-pneumonie soignée à domicile.

27 décembre 1920. — Varicelle.

7 janvier 1921. — Soigné pour scrofule aux Enfants malades.

8 janvier 1921. — L'enfant va mieux.

Janvier 1921. — *Cuti-réaction positive.* — Aux Enfants malades.

7 février 1921. — La mère n'a pas de lésions en évolutions, pas de bacilles dans les crachats.

4 mars 1921. — L'enfant est amaigri.

Poids. — Naissance : 3.250.

8	avril	1920	: 4.040	21	juillet	1920	: 6.350
20	mai	1920	: 4.930	8	septembre	1920	: 6.980
17	juin	1920	: 5.530	4	novembre	1920	: 7.470

Renseignements complémentaires. — L'enfant est décédé le 3 avril 1921, de broncho-pneumonie et méningite. Intérieur propre, 1 lit d'enfant.

Résumé. — Contagion depuis la naissance par le père ou par l'allaitement au sein. Cuti-réaction positive à 11 mois. Durée d'observation après la cuti-réaction : 2 mois 1/2.

OBSERVATION XV

T... Lucien, né le 10 février 1921.

A. H. — Mère morte de tuberculose pulmonaire en 1921.

Allaitement au sein durant 6 semaines.

1^{er} examen, le 4 mars 1922. — Kératite phlycténulaire.

11 mars 1922. — Cuti-réaction positive.

1^{er} avril 1922. — Radioscopie : ombres hilaires peu étendues mais conglomerées au niveau du pédicule inférieur droit.

29 avril 1922. — Bon état général.

20 mai 1922. — Bon état général.

Poids. — Naissance : 3.000.

4 mars 1922 : 8.600

25 mars 1922 : 8.650

15 avril 1922 : 8.770

Résumé. — Contagion par l'allaitement maternel. Cuti-réaction positive à 13 mois. Durée d'observation après la cuti-réaction : 2 mois 1/2.

OBSERVATION XVI

K..., Marcelle, née le 8 octobre 1920.

A. H. — Père alcoolique bien portant. Allaitement au sein.

1^{er} examen : 15 juin 1921. — Bon état de nutrition.

2 nov. 1921. — Otite moyenne suppurée. Submatité interscapulo vertébrale gauche et toux coqueluchoïde.

5 nov. 1921. — Cuti-réaction positive.

15 mai 1922. — Enfant bien portant.

Poids. — Naissance : 2.400.

— 15 juillet 1921 : 5.940 ; 10 nov. 1921 : 6.422.

Renseignements complémentaires. — 1 chambre, 1 cuisine ensoleillées, mère propre.

Résumé. — Cuti-réaction positive à 13 mois. Durée d'observation après la cuti-réaction : 6 mois.

OBSERVATION XVII

D..., Cécile. — *née le 29 mai 1920.*

A H. — Père toussEUR habituel. Mère bien portante. *Allaitement au sein.*

1^{er} examen : 24 novembre 1920. Bon état de nutrition. Légère splénomégalie.

-19 janvier. — Respiration bronchique base gauche, légère submatité interscapulo vertébrale gauche.

23 février 1921. — Toux. Atténuation des signes physiques.

22 mai. — *Cuti-réaction négative.*

6 juillet 1921. — Elément verruqueux persistant depuis l'âge de 4 ou 5 mois. — Petite tuberculide de la face.

8 juillet 1921. — *Cuti-réaction positive.*

5 août 1921. — Légère submatité interscapulo vertébrale gauche et manubriale gauche. Pas de signes à l'auscultation.

Radioscopie : l'ensemble du champ pulmonaire gauche plus clair que le droit, mais la base et le cul de sac gauche sont complètement invisibles. Réaction pleurale probable de la base gauche. Le médiastin s'éclaire assez mal en oblique.

14 octobre 1921. — Guérison de la petite tuberculide après un traitement dans le service du docteur Darier.

25 nov. 1921. — L'enfant va très bien.

21 février 1922. — Bon état général.

20 mai 1922. — Enfant vivant bien portant.

24 novembre 1920 : 5.920	13 juillet 1921 : 9.150
--------------------------	-------------------------

22 décembre 1920 : 6.470	5 août 1921 : 9.380
--------------------------	---------------------

9 janvier 1921 : 6.300	14 octobre 1921 : 10.650
------------------------	--------------------------

23 février 1921 : 6.600	25 novemb. 1921 : 11.720
-------------------------	--------------------------

20 mai 1921 : 7.760	7 février 1921 : 12.430
---------------------	-------------------------

6 juillet 1921 : 9.430	6 mars 1921 : 12.480
------------------------	----------------------

Résumé. — Contagion probable par le père. Cuti-réaction

positive à 13 mois 1/2. Durée d'observation après la cuti-réaction 10 mois 1/2.

Renseignements complémentaires. — Intérieur propre. 3 pièces. 1 cuisine.

OBSERVATION XVIII

L..., Jacques, né le 10 juin 1920.

A. H. — Père réformé avant la guerre pour bronchite chronique. Mère bien portante. 1 sœur. Allaitement au sein durant 10 mois.

1^{er} examen : 17 août 1921. Etat de nutrition médiocre. Respiration bronchique sous la clavicule gauche.

19 août 1921. — *Cuti-réaction positive.*

13 sept. 1921. — Meilleur état général, malgré bronchite des deux sommets.

18 oct. 1921. — Va bien.

24 nov. 1921. — *Cuti-réaction légèrement positive.*

20 déc. 1921. — Bon état général.

17 janvier 1922. — Quelques râles de bronchite légère disséminés.

7 février 1922. — Légère submatité interscapulo vertébrale gauche.

9 février 1922. — Radioscopie : ombres hilaires du pédicule inférieur droit. Conglomérées formant un voile étendu jusqu'au diaphragme et au bord droit du cœur. La partie interne de l'hémidiaphragme est ainsi immobilisée. Pleurite probable. Ailleurs champs pulmonaires transparents.

7 mars 1922. — Submatité interscapulo vertébrale gauche et respiration bronchique. Bon état général.

24 mai 1922. — Enfant bien portant.

Poids :

17 août 1921 :	7.885	18 octobre 1921 :	9.070
30 août 1921 :	8.110	17 janvier 1922 :	9.500
13 septembre 1921 :	8.470	7 février 1922 :	10.250

Résumé — Contagion probable par le père. Cuti-réaction positive à 14 mois. Durée d'observation après la cuti-réaction : 9 mois.

OBSERVATION XIX

S... André, né le 6 février 1920.

A. H. — Père toussEUR, intoxiqué par les gaz et ayant eu des hémoptysies en février. Pas de bacilles de Koch.

A. G. — Frère bien portant. Allaitement artificiel.

1^{er} examen : 6 sept. 1920. — Bon état général.

31 janvier 1921. — Tousse un peu.

21 février 1922. — Toux, retentissement de la voix du sommet droit, en arrière.

20 avril 1921. — *Cuti-réaction positive.*

17 décembre 1921. — Revu après un séjour à la campagne. Auscultation normale.

24 décembre 1921. — Splénomégalie. Toux.

14 janvier 1922. — Toux. Ne présente rien à l'auscultation.

11 février 1922. — L'enfant va bien.

18 mars 1922. — L'enfant va bien.

24 mai 1922. — Rien à l'auscultation, angine légère, rate toujours perceptible et dure.

Poids. — Naissance : 3.550.

6 septembre 1920 :	8.460	24 décembre 1921 :	10.900
--------------------	-------	--------------------	--------

31 janvier 1921 :	10.250	4 janvier 1922 :	11.020
-------------------	--------	------------------	--------

21 février 1921 :	10.200	10 mars 1922 :	11.650
-------------------	--------	----------------	--------

10 avril 1921 :	10.350	20 mai 1922 :	11.760
-----------------	--------	---------------	--------

17 décembre 1921 :	10.970
--------------------	--------

Renseignements complémentaires. — Intérieur bien tenu. Une chambre ensoleillée, 4 personnes, 2 lits, 1 lit d'enfant.

Résumé. — Contagion possible par le père. Cuti-réaction positive à 14 mois 1/2. Durée d'observation après la cuti-réaction 13 mois.

OBSERVATION XX

V... René, né le 13 juillet 1920.

A. H. -- Parents bien portants.

A. P. — A 6 mois, bronchite. Tousse facilement depuis. Respire la bouche ouverte. Végétations adénoïdes. Allaitement au sein.

1^{er} examen le 5 octobre 1921. — Assez bon état de nutrition. Anémie, ganglions cervicaux. Légère micropolyadénopathie.

Squelette : léger chapelet costal-crâne normal, cœur et rate normaux. Foie légèrement débordant. Submatité sous-claviculaire gauche. Hiles normaux. Auscultation normale.

Le 7 octobre 1921. — *Cuti-réaction positive.*

2 nov. 1921. — Circulation collatérale crânienne anémie. Grosse adénopathie axillaire, surtout à gauche. Submatité inter-scapulo vertébrale gauche. Persistance de la matité sous-claviculaire gauche matité rétromanubriale.

7 décembre 1921. — Absence de matité inter-scapulo vertébrale bi-latérale. Circulation collatérale thoraco-brachiale gauche. Submatité sous-claviculaire gauche et paramanubriale.

Radioscopie. — Champs pulmonaires transparents. Ombres hilaires discrètes. Petites calcifications peu foncées sur le pédicule inférieur droit.

3 janvier 1922. — Bon état général.

14 février 1922. — Va bien, ne tousse plus, auscultation normale.

21 février 1922. — Sevrage.

7 mars 1922. — Conjonctivité. Etat général bon. Appétit meilleur.

4 avril 1922. — Vient d'avoir une otite.

9 mai 1922. — Va bien.

Poids :

Octobre 1921 :	8.620	7 mars 1922 :	8.190
2 novembre 1921 :	8.800	21 mars 1922 :	8.375
7 décembre 1921 :	9.120	4 avril 1922 :	8.240
3 janvier 1922 :	9.500	18 avril 1922 :	8.450
14 février 1922 :	8.230	9 mai 1922 :	8.940
21 février 1922 :	8.370		

Renseignements complémentaires. — Intérieur très bien tenu. La mère vient régulièrement à la consultation.

Résumé. — Contagion inconnue. Cuti-réaction positive à 15 mois. Durée d'observation après la cuti-réaction 7 mois.

OBSERVATION XXI

L... Madeleine, née le 2 octobre 1920.

A. H. — Père anémié depuis quelques mois. Mère bien portante.

A. P. — Pesant 3 kilogs. Allaitement au sein jusqu'à huit mois.

1^{er} examen le 7 juin 1921. — Depuis 8 jours allaitement mixte. Ne profite pas depuis environ 2 mois. Assez bon état de nutrition.

Squelette : bosses pariétales un peu saillantes, cœur, poumon, foie, rate normaux.

14 juin 1921. — Bon état général. Voix un peu voilée.

9 août 1921. — Va bien.

25 octobre 1921. — Prurigo-strophulus.

10 janvier 1922. — Bon état général malgré la diminution de poids.

14 janvier 1922. — L'enfant refuse tout aliment autre que le lait de la mère. Rien à l'auscultation.

19 janvier 1922. — *Cuti-réaction légèrement positive.*

24 janvier 1922. — Meilleur état de nutrition. Toux. Rien à l'auscultation.

31 janvier 1922. — Bon état général. Mange bien. Poussée dentaire.

14 février 1922. — Va bien. Ne tousse plus. Auscultation normale.

21 février 1922. — Sevrage.

7 mars. — L'enfant est en pleine dentition. Conjonctivite. Bon état général. Appétit meilleur.

4 avril 1922. — Vient d'avoir une otite.

9 mai 1922. — Va bien.

Poids. — Naissance 3.000.

7 juin 1921 : 6.640	13 décembre 1921 : 9.000
14 juin 1921 : 6.750	10 janvier 1922 : 8.110
28 juin 1921 : 6.850	17 janvier 1922 : 7.970
12 juillet 1921 : 6.840	31 janvier 1922 : 8.020
26 juillet 1921 : 6.902	14 février 1922 : 8.230
9 août 1921 : 7.060	21 février 1922 : 8.370
13 septembre 1921 : 7.380	7 mars 1922 : 8.190
11 octobre 1921 : 7.770	21 mars 1922 : 8.375
25 octobre 1921 : 8.040	4 avril 1922 : 8.240
8 novembre 1921 : 7.900	18 avril 1922 : 8.450
22 novembre 1921 : 8.160	9 mai 1922 : 8.940

Renseignements complémentaires. Intérieur très bien tenu.

La mère vient régulièrement à la consultation.

Résumé : Cuti-réaction positive 15 mois 1/2. Durée d'observation après la cuti-réaction 3 mois 1/2.

OBSERVATION XXII

B... René, né le 24 août 1920.

A. H. — Père alcoolique. Mère bronchite en 1920. Pas de tuberculose après examen. Allaitement au sein jusqu'à 15 mois.

1^{er} examen le 22 février 1922. — Cœur normal. Squelette normal. Tube digestif normal. Hépatomégalie. Légère splénomégalie. Micropolyadénopathie. Anémie. Appareil respiratoire : toux coqueluchoïde, matité interscapulo vertébrale et sous-claviculaire gauche.

27 février 1922. — Cuti-réaction positive.

1^{er} mars 1922. — Radioscopie : ombres hilaires relativement discrètes à gauche, plus importantes vers le pédicule inférieur droit où on trouve des nodosités et peut-être de petites calcifications. En oblique : espace clair en sablier.

29 mars 1922. — Meilleur état général, bon appétit, va bien.

12 avril 1922. — Des convulsions survenues dans la nuit du 1^{er} avril ne se sont pas renouvelées.

25 mai 1922. — Enfant bien portant.

Poids. — Naissance : 3.500.

1 ^{er}	mars	1922	: 8.980	29	mars	1922	: 9.700
15	mars	1922	: 9.560	12	avril	1922	: 9.400

Renseignements complémentaires. — Mère adressée au dispensaire Tiphaine. Pas de tuberculose, bonne mère, dans la misère, se fatigue beaucoup pour élever son enfant. Logement insalubre, la mère désire placer son enfant.

Résumé : Cuti-réaction positive à 18 mois. Durée d'observation après la cuti-réaction : 3 mois.

OBSERVATION XXIII

L... Roger, né le 22 janvier 1919.

A. H. — La mère a eu des hémoptysies pendant sa grossesse.

A. C. — 4 frères ou sœurs morts de méningite.

A. P. — Coqueluche à 13 mois. Allaitement artificiel.

1^{er} examen 12 juillet 1920. — Rachitisme. Gros ventre flasque.

15 juillet 1920. — *Cuti-réaction négative.*

12 août 1920. — *Cuti-réaction positive.*

15 mai 1922. — A été soigné 15 jours le mois précédent aux Enfants malades pour congestion pulmonaire.

17 mai 1922. — Départ pour Berck.

Poids. — Naissance : 2.650.

12 juillet 1920 : 8.000 ; 16 août 1920 : 7.955.

Renseignements complémentaires. — Intérieur propre.

Résumé : Contage depuis la naissance par la mère. *Cuti-réaction* positive à 18 mois 1/2. Durée d'observation après la *cuti-réaction* : 21 mois.

OBSERVATION XXIV

C... Hélène, née le 31 mai 1920.

A. H. — Père tuberculeux soigné au sanatorium de Bicêtre. Mère tuberculeuse soignée au dispensaire Vasco de Gama. Allaitement au sein durant 9 mois.

1^{er} examen le 31 octobre 1921. — Etat de nutrition médiocre. Toux. Rien à l'auscultation.

23 janvier 1921. — Etat de nutrition insuffisant.

23 janvier 1922. — *Cuti-réaction positive.*

24 mai 1922. — Légère submatité manubriale, espaces inter-scapulo vertébraux normaux. Pas d'adénopathie axillaire. Pas de splénomégalie microadénopathie cervicale. Rien à l'auscultation. Léger coryza.

Poids. — Naissance : 3.000.

31 mai 1921 : 7.500 23 janvier 1922 : 8.860

31 octobre 1921 : 7.280 24 mai 1922 : 8.870

Renseignements complémentaires. — Intérieur propre mais humide. Au début, mère couchait avec son enfant. Père décédé en novembre 1921.

Résumé : Contagion par les parents depuis la naissance. *Cuti-réaction* positive à 20 mois. Durée d'observation après la *cuti-réaction* : 4 mois.

OBSERVATION XXV

F... René, né le 4 décembre 1918.

A. H. — Père toussEUR habituel. Mère soignée au dispensaire Tiphaine.

A. G. — 3 frères morts en bas-âge, dont 1 de méningite à 6 mois. 8 frères et sœurs vivants. 1 frère de 11 ans a des hémoptysies. Allaitement au biberon.

1^{er} examen le 15 octobre 1920. — Adénopathie trachéo-bronchique.

17 octobre 1920. — *Cuti-réaction positive.*

21 octobre 1920. — Radiographie : Transparence légèrement moindre à la partie moyenne du champ pulmonaire gauche.

11 janvier 1921. — Otite supprimée.

21 avril 1921. — Va bien.

24 février 1922. — Suivi à un dispensaire.

15 mai 1922. — Enfant bien portant.

Poids. — Naissance : 4.000. 15 oct. 1920 : 11.700.

Renseignements complémentaires. — 3 pièces, très humides, malsaines, 2 lits, 2 lits d'enfants.

Résumé : Contagion depuis la naissance par le père et la mère. Cuti-réaction positive à 22 mois 1/2. Durée d'observation après la cuti-réaction : 19 mois.

OBSERVATION XXVI

L... Georges, né le 11 décembre 1918.

A. H. — Père hospitalisé dans un sanatorium. Allaitement au sein pendant 1 mois puis après allaitement mixte.

1^{er} examen le 10 novembre 1920. — Chapelet costal. Bourrelet sus-malléolaire. Légère submatité bord gauche du manubrium.

12 novembre 1920. — *Cuti-réaction positive.*

17 novembre 1920. — Radioscopie : Champs pulmonaires clairs. Incursion diaphragmatique normale. A la hauteur du hile droit : ombre distincte de l'ombre cardio-aortique, ombre du volume d'une noix à contours flous interprétée comme un gros ganglion actif au milieu d'ombres hilaires banales. Ganglions médiastinaux habituels.

10 janvier 1921. — Submatité le long du bord gauche du sternum. Pas de modifications respiratoires.

17 janvier 1921. — Amélioration de l'état général, persistance des signes d'adénopathie à gauche.

13 mai 1921. — Bon état général.

17 mai 1922. — Enfant bien portant. Vit à la campagne. Légère submatité rétro-manubriale. Régions interscapulo vertébrales normales.

Poids. — Naissance : 4.000.

10 novembre 1920 : 11.250 31 janvier 1921 : 11.910

10 janvier 1921 : 11.700 23 mai 1921 : 12.650

Renseignements complémentaires. — Père hospitalisé dans un sanatorium. Intérieur bien tenu, mère intelligente. 3 pièces, ensoleillées, propres.

25 janvier 1921. — Père de retour, enfant éloigné chez les grands parents, bien soigné.

Résumé : Cuti-réaction positive à 23 mois. Durée d'observation après la cuti-réaction : 18 mois. Contagion par le père pendant la première année.

OBSERVATION XXVII

La T... Ernest, né le 27 mars 1920.

A. H. — Parents bien portants.

1^{er} examen le 24 février 1922. — Tousse. Etat de nutrition médiocre. Pâleur. Hépatomégalie. Poumons ; râles disséminés. Végétation adénoïdes.

26 février 1922. — *Cuti-réaction positive.*

26 mai 1922. — Enfant vivant, bien portant.

Résumé : Cuti-réaction positive à 23 mois. Durée d'observation après la cuti-réaction : 3 mois.

CONCLUSIONS

Nous avons observé la tuberculose chez les enfants du premier âge à la consultation de nourrissons de l'Ecole de puériculture de la Faculté de médecine de Paris.

A cette consultation sont passés environs 3.000 enfants en l'espace de 2 ans. La cuti-réaction à la tuberculine n'a pas été pratiquée systématiquement sur tous, mais elle a été pratiquée aussi largement que possible : 386 cuti-réactions.

Nous avons réuni les observations des enfants âgés de moins de 2 ans, dont la cuti-réaction a été positive, c'est-à-dire : 27 observations.

Leur étude nous a montré que l'évolution de la tuberculose chez ces enfants était beaucoup moins grave qu'on ne l'admet ordinairement.

Ces enfants ont été observés de 2 mois à 21 mois après la cuti-réaction.

La mortalité a été de :

75 % avant 6 mois ;

21,4 % avant 1 an ;

18,5 % avant 2 ans.

Le premier chiffre conforme à l'opinion classique

montre le peu de résistance du nourrisson à l'infection tuberculeuse comme à toutes les infections en général pendant les premiers mois de la vie.

Les autres chiffres plus faibles que ceux des auteurs classiques s'expliquent par les conditions suivantes dans lesquelles les observations furent recueillies.

Elles n'ont pas été recueillies dans le milieu hospitalier, dans lequel les enfants sont observés alors que leur tuberculose est déjà généralisée, qu'ils présentent d'autres affections qui diminuent leur résistance, qu'ils sont exposés à d'autres causes d'infection.

Elles n'ont pas été recueillies dans la clientèle de ville où le diagnostic de tuberculose est posé souvent tardivement, faute d'une cuti-réaction pratiquée de bonne heure.

Elles ont été recueillies dans un groupe d'enfants qui sont suivis depuis leur naissance, chez qui la tuberculose est dépistée et traitée précocement.

Les causes de réinfection de l'enfant sont moins fréquentes parce que les parents tuberculeux sont hospitalisés dans un sanatorium ou soignés dans des dispensaires.

L'enfant est sevré lorsque la tuberculose est diagnostiquée chez la mère.

Les parents tuberculeux prennent des mesures de prophylaxie qui, sans être parfaites, évitent à l'enfant des contaminations massives.

L'enfant est éloigné du foyer de contagion familial chaque fois que la chose est possible, mais les obstacles sont nombreux.

Cet isolement est le traitement prophylactique le plus sûr et il est à souhaiter que les œuvres de préservation du nourrisson contre la tuberculose se multiplient.

BIBLIOGRAPHIE

- AINE. — La tuberculose pulmonaire ulcéreuse du 1^{er} âge. (Thèse Paris 1914).
- AVIRAGNET. — De la tuberculose chez les enfants. (Thèse Paris 1892).
- BARBIER et BOUDON. — Recherches statistiques sur la fréquence de la tuberculose chez les enfants parisiens hospitalisés. (Bulletin médical 1908, N° 43).
- BARBIER. — La tuberculose chez les enfants de 0 à 2 ans. (Paris Médical, 3 janvier 1917).
- L. BERNARD et DEBRÉ. — Les modes d'infection de la tuberculose des enfants du premier âge. (Académie de médecine, 5 octobre 1920).
- L. BERNARD. — La tuberculose pulmonaire. (Masson 1921).
- L. BERNARD. — La préservation de la première enfance contre la tuberculose, par le placement familial. — Congrès annuel d'hygiène, Paris. « La tuberculose » III. I. 1922.
- CALMETTE. — Infection bacillaire aux âges de la vie. (Presse médicale 1911, N° 63).
- COMBE (de Lausanne). — La tuberculose du nourrisson. (Bibliothèque 1917).
- COMBY. — Réaction à la tuberculine chez les enfants. (Société Méd. des Hôpitaux. Mai 1908).
- CONSTANTINOVICH. — Essai sur la tuberculose de la première enfance. (Th. Paris 1899).
- CRUCHET. — Evolution de la tuberculose chez le nourrisson. (VIII Congrès de gynécologie obstétrique et pédiatrie de Lille, 1913). — (Gazette des hôpitaux 1913, N° 38). — Journal de médecine interne sept. 1913).
- DARRÉ. — Prophylaxie de la tuberculose et de la syphilis du nourrisson. Congrès annuel d'hygiène, Paris 1922 « La Tuberculose ». T. VII, 1920. T. IX 1921.
- FROEBELIUS. — Jahrbuch für Kinderheilkunde. T. XXIV, 1886.
- DE GANDT. — Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire dans la première enfance. Th. Paris 1906.

- GUILLOT. — Contribution à l'étude de la tuberculose du premier âge. Thèse Paris 1900.
- HAWN. — Pronostic de la tuberculose du nourrisson. Monatschrift für Kinderheilkunde. II. 5 34.
- HAMBURGER. — Zeülings-tuberculose.
- HAULTCŒUR. — La tuberculose de l'enfant du premier âge. — Thèse Paris 1913.
- HUTINEL et TIXIER. — La tuberculose latente des nourrissons. Congrès de Rome Avril 1912. « La tuberculose » Avril 1912.
- HUTINEL. — Pronostic de la tuberculose du nourrisson. Bulletin médical 1912. 56. Le Nourrisson Mars 1913.
- HUTINEL. — Le pronostic des adénopathies trachéo-bronchiques tuberculeuses chez l'enfant. « La tuberculose » 1914-1915.
- JEANNERET. — La tuberculose de l'enfant. Baillière 1915.
- KÜSS. — De l'hérédité parasitaire de la tuberculose humaine. Th. de Paris 1898.
- LANDOUZY. — De la fréquence de la tuberculose du premier âge. Revue de médecine 1887. Hérédité tuberculeuse, Revue de Médecine 1891.
- LEMAIRE J. — Recherches sur la cuti-réaction à la tuberculine. Th. Paris 1909.
- LESAGE. — Maladies du nourrisson. Masson 1911. XII.
- Mme MANTOUX. — Tuberculose du nourrisson. Th. Paris 1912.
- MARFAN. — De la tuberculose généralisée chronique du premier âge. Semaine médicale. Décembre 1892.
- MEDIN. — Contribution à l'étude des voies d'accès de la tuberculose chez les enfants dans la première année de la vie. Arch. de médecine des enfants. Décembre 1913.
- Mlle MROCHE. — Etude sur la cuti-réaction à la tuberculine dans l'enfance. Th. Paris 1919.
- NOBÉCOURT. — Préservation de l'enfance au premier âge contre la tuberculose. Congrès de l'Institut royal d'hygiène de Londres, Mai 1913. Arch. de médecine des enfants Avril 1914.
- QUEYRAT. — Contribution à l'étude de la tuberculose du premier âge. Thèse Paris 1886.
- RIBADEAU-DUMAS. — Tuberculose du nourrisson. La clinique. Décembre 1913. Traité de pathologie médicale de Sergent. XVIII. Maloine 1921.
-